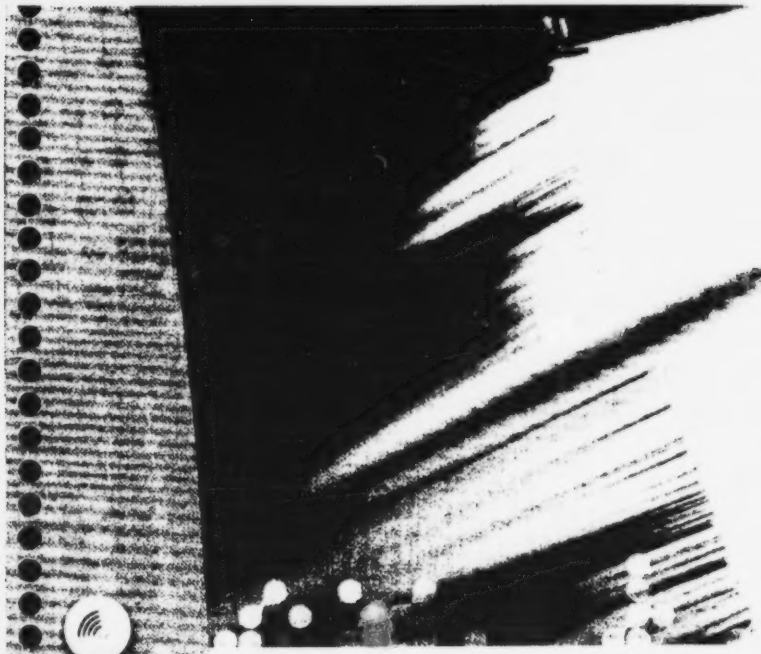

**CAS - 11M**
**C.P. - P.L. 112**
**Loi sur le tabac**

# PROJET DE LOI N$^{O}$ 112

# LOI MODIFIANT LA LOI SUR LE TABAC ET D'AUTRES MODIFICATIONS LÉGISLATIVES

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Québec

106-04220/

**CAS - 11M**
**C.P. - P.L. 112**
**Loi sur le tabac**

MÉMOIRE PRÉSENTÉ AU
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

# PROJET DE LOI N° 112

# LOI MODIFIANT LA LOI SUR LE TABAC ET D'AUTRES MODIFICATIONS LÉGISLATIVES

DIRECTION DÉVELOPPEMENT DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTÉS

MAI 2005

*Institut national de santé publique* Québec

# TABLE DES MATIÈRES

1 INTRODUCTION ..... 1

2 LE PROJET DE LOI N° 112 : PRINCIPALES MODIFICATIONS PAR RAPPORT À LA LOI ACTUELLE ..... 3
- 2.1 RESTRICTIONS DE L'USAGE DU TABAC DANS CERTAINS LIEUX ..... 3
- 2.2 VENTE DE TABAC ..... 4
- 2.3 PROMOTION, PUBLICITÉ ET EMBALLAGE ..... 4

3 POSITION DE L'INSPQ QUANT AU PROJET DE LOI N° 112 ..... 5
- 3.1 LA PROTECTION DE LA SANTÉ DES NON-FUMEURS FACE À L'EXPOSITION À LA FUMÉE DE TABAC ..... 5
- 3.2 VENTE DE TABAC ..... 10
- 3.3 PROMOTION ET PUBLICITÉ ..... 12

4 CONCLUSION ..... 13

5 RÉFÉRENCES ..... 14

# 1 INTRODUCTION

## L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est un organisme gouvernemental créé en 1998, par voie législative, et vise à être le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission consiste à soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, les autorités régionales de santé publique et les établissements dans l'exercice de leurs responsabilités de santé publique en rendant disponibles son expertise et ses services spécialisés de laboratoire et de dépistage. Pour réaliser sa mission, l'Institut :

- voit au développement, à la mise à jour, à la diffusion et à la mise en application des connaissances dans le domaine de la santé publique,
- favorise la recherche en santé publique en collaboration avec les organismes de recherche et les organismes subventionnaires,
- informe le ministre de l'impact des politiques publiques sur l'état de santé de la population,
- informe la population sur son état de santé et de bien-être, sur les problèmes en émergence, leurs déterminants et les moyens efficaces de les prévenir ou de les résoudre,
- collabore avec les universités à l'élaboration et la mise à jour des programmes de formation en santé publique et à l'élaboration et la mise en œuvre de programmes de formation continue.

## L'USAGE DU TABAC AU QUÉBEC

La mortalité et la morbidité associées à l'usage du tabac sont un problème majeur de santé publique au Québec. Chaque année plus de 13 000 Québécois et Québécoises décèdent de maladies causées par le tabagisme : maladies cardiovasculaires, cancers, maladies pulmonaires, etc. (Makomaski Illing, 2004). De plus, la fumée de tabac affecte la santé des non-fumeurs qui la respirent. Selon des estimations extrêmement conservatrices, elle serait responsable du décès, chaque année, par cancer du poumon et par cardiopathies ischémiques de plus de 350 non-fumeurs (Makomaski Illing, 2004). Cette estimation découle uniquement de l'exposition en milieu familial. Un estimé qui tient compte d'une exposition plus large comme celle dans les lieux de travail, les automobiles et les lieux publics, chiffre plutôt le nombre de décès de non-fumeurs à environ 1 500 chaque année (Wells, 1999).

Fort heureusement, la prévalence de l'usage du tabac est en décroissance au Québec depuis une quinzaine d'années. Elle a diminué de 39,9 % en 1987 à 34 % en 1998 (Pageau, 2001) pour atteindre 25,9 % en 2003 (Statistique Canada, 2004). Cette baisse a aussi été observée chez les élèves du secondaire dont la proportion de fumeurs quotidiens et occasionnels a chuté de 19,9 % à 14,9 % entre 1998 et 2002 (Perron, 2003). Malgré ces

observations fort encourageantes, 1,7 million de Québécois sont toujours aux prises avec une dépendance au tabac qui tue un fumeur sur deux (Statistique Canada, 2004).

Cette baisse du tabagisme est attribuée à la mise en place d'une variété d'interventions complémentaires : mesures législatives, économiques, éducatives, campagnes médiatiques, mesures en rapport avec le traitement de la dépendance, etc. Il est d'ailleurs recommandé par tous les experts d'implanter une approche globale incluant toutes ces mesures et ce, dans le but de réduire l'usage du tabac.

## LA LOI SUR LE TABAC ACTUELLEMENT EN VIGUEUR

L'adoption à l'unanimité de la Loi sur le tabac en 1998 a permis au Québec de franchir des étapes importantes. On y reconnaissait en effet l'importance de protéger la santé des non-fumeurs de l'exposition involontaire à la fumée de tabac. De plus, on signifiait clairement vouloir réduire l'initiation au tabac des jeunes en diminuant leur accès au tabac et en réduisant la publicité et la promotion du tabac.

Après plus de cinq ans d'implantation de la loi, le gouvernement a décidé de modifier celle-ci pour contrer certaines difficultés d'application rencontrées, qu'elles soient liées à l'incohérence de certaines mesures, à la précision ou l'interprétation du texte de loi ou aux limites des pouvoirs d'intervention visant à assurer le respect de la loi (Ministère de la santé et des services sociaux, 2005).

# 2 LE PROJET DE LOI N° 112 : PRINCIPALES MODIFICATIONS PAR RAPPORT À LA LOI ACTUELLE

## 2.1 RESTRICTIONS DE L'USAGE DU TABAC DANS CERTAINS LIEUX

Le projet de loi n° 112 propose d'interdire de fumer dans certains lieux non assujettis à la loi actuelle dont notamment :

- les salles de bingo, les bars, les brasseries, les tavernes,
- les aires communes des résidences pour personnes âgées,
- les aires communes des immeubles d'habitation comportant de six à douze unités de logements en sus de l'interdiction actuelle applicable aux immeubles comportant treize unités ou plus,
- les lieux où l'on offre des services de prévention, d'aide et de soutien aux personnes en détresse ou démunies, y compris des services d'hébergement temporaire, sauf si ces services sont offerts dans une demeure,
- les lieux où se tiennent des réceptions privées, ainsi que les clubs, cercles et autres organismes sans but lucratif auxquels seuls les membres ou leurs invités ont accès, sauf si ces activités ont lieu dans une demeure,
- les taxis et autres véhicules de transport transportant deux personnes ou plus et obligatoirement utilisés dans le cadre d'un travail,
- les abribus, les tentes, chapiteaux, et autre installations semblables, y compris celles sur les terrasses, qui accueillent le public,
- les terrains des écoles primaires et secondaires aux heures où ces établissements accueillent des élèves.

De plus, il est proposé :

- d'abolir les « aires fumeurs » dans les restaurants, les centres commerciaux, les salles de quilles, les salles de billard, les centres de congrès et autres divertissements,
- d'interdire de fumer dans un rayon de neuf mètres de toute porte menant à un établissement de santé et de services sociaux, à un établissement d'enseignement de niveau post secondaire, à un centre de la petite enfance ainsi qu'à un lieu où se déroulent des activités communautaires ou de loisirs destinées aux mineurs; cette interdiction s'applique uniquement jusqu'à la limite du terrain sur lequel le lieu concerné est situé si ce rayon ou une partie de ce rayon de neuf mètres excède la dite limite.

D'autre part, l'article 3 de la loi qui a trait aux fumoirs serait passablement remanié. En effet, on précise dans le projet de loi n° 112 qu'il est possible d'aménager des fumoirs dans les lieux visés par la loi à l'exception des lieux utilisés par des mineurs. Toutefois, ces fumoirs ne doivent être utilisés que par les dirigeants ou employés de ces lieux ainsi que par les personnes qui y sont hébergées. De plus, ils doivent être complètement fermés et être munis d'un système de ventilation garantissant que la pression de l'air est négative et permettant l'évacuation directe de la fumée vers l'extérieur du bâtiment.

Enfin, on mentionne qu'un maximum de 40 % des chambres pourraient être allouées à des fumeurs dans les établissements d'hébergement touristique, les établissements de psychiatrie offrant de l'hébergement, les centres d'hébergements de soins de longue durée, les centres de réadaptation ou les organismes offrant de l'hébergement aux personnes en détresse ou démunies.

## 2.2 VENTE DE TABAC

Le projet de loi n° 112 propose de diminuer de façon importante le nombre de points de vente du tabac en :

- définissant un point de vente comme un lieu fermé et immobile,
- interdisant totalement de vendre du tabac au moyen d'un appareil distributeur,
- interdisant d'exploiter un point de vente dans les cégeps, universités, dans les lieux où se déroulent des activités sportives, culturelles, artistiques ou de loisir, dans les bars, brasseries, tavernes et restaurants avec permis d'alcool.

Il serait dorénavant plus coûteux de vendre du tabac aux mineurs, les sanctions pénales et administratives augmentant de façon importante. De plus, non seulement le commerçant est passible d'une amende mais également l'employé.

Autre point nouveau, l'exploitant d'un point de vente ne peut vendre du tabac à une personne majeure s'il sait que celle-ci en achète pour un mineur.

## 2.3 PROMOTION, PUBLICITÉ ET EMBALLAGE

Le projet de loi n° 112 définit ce que constitue de la publicité indirecte de la façon suivante : « L'utilisation d'un nom, d'un logo, d'un signe distinctif, d'un dessin, d'une image ou d'un slogan qui n'est pas associé directement au tabac... mais qui, par son graphisme, sa présentation ou son association à un présentoir de tabac ou à un point de vente du tabac, évoque raisonnablement une marque d'un produit du tabac ou un fabricant du tabac ».

De plus, il est précisé qu'il est interdit de fournir un objet qui n'est pas un produit du tabac et sur lequel figure un nom, un dessin, un logo ou un signe distinctif associé au tabac.

# 3 POSITION DE L'INSPQ QUANT AU PROJET DE LOI N° 112

Le projet de loi n° 112 vise sans contredit à renforcer la protection de la santé des citoyens qui ne font pas usage du tabac, à réduire les possibilités d'achat de produits du tabac par les mineurs et à restreindre davantage la publicité et la promotion de ces produits hautement néfastes pour la santé. En ce sens, l'INSPQ appuie très fortement ce projet de loi qui constitue une avancée significative afin d'améliorer la santé des Québécois et Québécoises.

Ce projet de loi est une pièce maîtresse du Plan québécois de lutte au tabagisme et incorpore plusieurs mesures de la Convention Cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte anti-tabac telles que :

- des mesures visant à protéger les non-fumeurs contre l'exposition à la fumée de tabac,
- des mesures visant à interdire la vente de tabac aux mineurs,
- des mesures visant à restreindre la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage.

Voici les arguments scientifiques qui soutiennent la pertinence de ce projet de loi et nos recommandations d'amendements.

## 3.1 LA PROTECTION DE LA SANTÉ DES NON-FUMEURS FACE À L'EXPOSITION À LA FUMÉE DE TABAC

**Restrictions de fumer dans les lieux fermés**

Depuis une vingtaine d'années, la recherche sur les effets de la fumée de tabac sur la santé des non-fumeurs n'a cessé d'accumuler les preuves scientifiques quant à son rôle dans le développement de nombreuses maladies tant chez les adultes que chez les enfants :

- augmentation du risque de mortalité par cancer du poumon de 20 % à 30 %,
- augmentation du risque de mortalité par maladies coronariennes de 30 %,
- induction et exacerbation de l'asthme,
- infections des voies respiratoires inférieures chez les nourrissons et les enfants en bas âge,
- syndrome de mort subite du nourrisson,
- bébé de petit poids à la naissance et retard de croissance intra-utérin, etc. (California environmental protection agency, 2005).

Selon certaines études, une exposition à de la fumée de tabac pendant aussi peu que trente minutes pourrait déclencher un infarctus du myocarde chez des personnes non-fumeuses qui auraient des facteurs de risques associés à la maladie coronarienne. En effet, la fumée de tabac augmente le niveau de monoxyde de carbone dans le sang, réduit l'apport d'oxygène au cœur, modifie l'agrégation plaquettaire et a des effets sur la vascularisation en

empêchant la vasodilatation (Otsuka, 2001; Barnoya 2005). En 2002, une interdiction de fumer dans une petite ville du Montana a été en place pendant six mois, pour, par la suite être abolie. Durant la période de six mois qu'a duré l'interdiction, les admissions à l'hôpital pour infarctus du myocarde ont chuté de 40 % pour remonter par la suite (Sargent, 2004). Ces observations étaient suffisamment convaincantes pour que les responsables de santé publique des Centers for Disease Control and Prevention émettent un avertissement aux non-fumeurs à risque de maladie coronarienne pour qu'ils évitent la fumée de tabac (Pechacek, 2004).

L'exposition à la fumée de tabac est particulièrement préoccupante pour les travailleurs de l'industrie des loisirs et de l'hôtellerie. En effet, parce que ceux-ci sont exposés à la fumée provenant de clients des établissements où ils travaillent, ils ont entre autres un risque accru de cancer du poumon. Les travailleurs des bars, des salles de billard, des bingos, des salles de quilles et des établissements de jeux sont les plus à risque (Siegel, 2003). Une étude non publiée, menée en 1998 auprès de 50 Québécois travaillant dans des restaurants de la région de Montréal, a révélé que ceux-ci avaient des taux de cotinine urinaire élevés et qu'ainsi, sur une période de 40 ans, ils avaient un risque supplémentaire de mortalité par cancer du poumon ou maladie coronarienne d'environ 8 % (Repace, 2005). Ce taux appliqué à l'ensemble des travailleurs québécois des restaurants et des bars se traduirait par 323 décès chaque année (Repace, 2005). Cette étude a été menée avant l'application de la loi sur le tabac qui précise que les zones fumeurs des restaurants de 35 places et plus doivent être séparées des zones non-fumeurs par des cloisons et munies d'un système de ventilation à pression négative. Toutefois, comme les exploitants de ces lieux ont jusqu'au 17 décembre 2009 pour s'y conformer, à moins de rénovations majeures, ou d'une nouvelle construction, on peut penser que c'est une minorité de travailleurs de la restauration qui sont moins exposés en 2005 comparativement à 1998.

Enfin, la fumée de tabac secondaire est considérée comme étant un agent des plus cancérigènes pour l'humain par plusieurs organismes prestigieux dont « l'Environmental Protection Agency » et le Centre international de recherche sur le cancer. Elle contient entre autres six substances « sans valeur d'exposition admissible applicable » selon le règlement sur la santé et sécurité du travail (Gouvernement du Québec, 2002).

Devant de tels constats, il s'avère essentiel de protéger adéquatement la santé des Québécois et Québécoises qui ne fument pas. Un des objectifs de la Loi sur le tabac adoptée en 1998 est justement de protéger la santé des non-fumeurs. C'est ainsi qu'il est devenu interdit de fumer dès décembre 1999 dans les milieux de travail et dans la plupart des lieux publics. Toutefois, plusieurs endroits sont exclus dont notamment les bars, brasseries, tavernes, salles de bingo, les aires communes des centres commerciaux, les aires de jeux d'un casino d'État, les salles de quilles, salles de billard, et autres salles de divertissement.. Quant aux restaurants de 35 places et plus, l'obligation de séparer les zones fumeurs des zones non-fumeurs n'est effective qu'en décembre 2009. Ainsi, les travailleurs de ces milieux ne sont pas protégés au même titre que les autres travailleurs. Le projet de loi n° 112 vient corriger cette lacune qui touche un très grand nombre de travailleurs québécois et l'INSPQ convient que c'est une excellente mesure.

## Les fumoirs

Le projet de loi n° 112 prévoit la possibilité d'aménager des fumoirs dans les lieux visés par la loi qui ne seraient utilisés que par les dirigeants ou employés de ces lieux ainsi que par les personnes qui y sont hébergées. Ces fumoirs seraient complètement fermés et munis d'un système de ventilation dont la pression de l'air est négative et permettant l'évacuation directe de la fumée vers l'extérieur du bâtiment. Ainsi, en théorie, les employés non-fumeurs ne seraient à peu près pas exposés à de la fumée de tabac s'ils n'entrent pas dans le fumoir.

Toutefois, il est permis de s'interroger sur le niveau de protection que de tels fumoirs pourraient offrir. Plusieurs expériences par rapport à la mise en place de fumoirs du type de ceux prévus dans le projet de loi n° 112 ont dénoté que (Repace, communication personnelle 2005) :

- de la fumée de tabac s'échappe du fumoir lors de l'ouverture et de la fermeture de la porte à cause de la turbulence dans le flot laminaire causant ainsi une contamination de la zone non-fumeur, de telle sorte qu'il serait nécessaire d'installer à la porte du fumoir une sorte de tunnel de huit pieds de long pour minimiser la propagation de la fumée de tabac dans l'établissement non-fumeur,
- les systèmes de ventilation nécessitent de nombreux ajustements,
- les bris fréquents des systèmes de ventilation sont plutôt difficiles à détecter et ainsi plusieurs de ces systèmes défectueux ne sont pas réparés,
- les systèmes de ventilation ne sont généralement pas en opération après les heures d'ouverture, et plusieurs heures sont nécessaires après l'arrêt de la combustion du tabac pour diminuer la concentration de la fumée de tabac; ainsi les employés non-fumeurs à qui on demanderait d'assurer l'entretien de ces fumoirs seraient exposés à des contaminants de la fumée de tabac non encore éliminés,
- les coûts d'installation selon les normes prévues dans le projet de loi et les coûts d'entretien sont élevés,
- les coûts pour la société sont eux aussi élevés à cause de l'obligation de former des inspecteurs spécialisés en ventilation qui s'assureront de la conformité des fumoirs,
- enfin, l'instauration de fumoirs n'encouragera pas les employés fumeurs à cesser de fumer, malgré le fait que la grande majorité d'entre eux désire cesser de fumer. Il est en effet bien démontré que des interdictions totales de fumer en milieu de travail ont plus d'impact sur le renoncement au tabac que des interdictions partielles (Fanelly, 1999; Bauer, 2005)).

Pour toutes ces raisons et parce qu'il est impossible de garantir que les non-fumeurs ne seront pas exposés à la fumée secondaire, l'INSPQ maintient sa recommandation à l'effet de ne pas permettre la mise en place de fumoirs dans les lieux visés par la loi et suggère au gouvernement d'amender son projet de loi en ce sens (Institut national de santé publique du Québec, 2005).

**40 % des chambres allouées à des fumeurs**

L'INSPQ, dans son mémoire produit en février 2005 dans le cadre de la consultation menée par le ministère de la Santé et des Services sociaux sur le développement de la législation québécoise contre le tabagisme, suggérait que dans le cas d'établissements dont la vocation était de dispenser des services dans un cadre qui s'avère un milieu de vie, il pourrait être pertinent d'envisager la possibilité que ces établissements aménagent des fumoirs avec des systèmes de ventilation séparés respectant les normes les plus strictes. Dans le projet de loi n° 112, il n'est pas question de fumoirs mais bien de chambres où il pourrait être permis de fumer. Jusqu'à 40% des chambres pourraient être allouées à des fumeurs.

Nous comprenons qu'il est particulièrement difficile d'interdire de fumer aux usagers qui demeurent en permanence en établissement comme dans un centre hospitalier de soins de longue durée. Toutefois, il est essentiel de se préoccuper également de la santé des résidents non-fumeurs qui sont déjà souvent malades et dont la condition peut être aggravée par la fumée de tabac ainsi que des employés non-fumeurs qui offriront des services dans ces chambres où il serait permis de fumer. En effet, des études menées dans six bars, un casino et une salle de billard ont démontré que seule l'interdiction totale de fumer élimine les risques à la santé dus à la fumée secondaire de tabac. Un système de ventilation, malgré un nombre très élevé de changements d'air à l'heure, ou un système de filtration de l'air ne réussissent pas à éliminer totalement ces risques (Repace, 2004; Glantz, 2004)) Bien qu'il est plausible de croire que la quantité de fumée de tabac observée dans un centre d'hébergement de soins de longue durée soit moins grande que dans un bar, il n'en demeure pas moins que tous les résidents et les employés seraient exposés à de la fumée de tabac. C'est pourquoi l'INSPQ estime que la mise en place de fumoirs avec ventilation indépendante respectant les critères les plus stricts permettrait de mieux circonscrire les lieux contaminés dans ces établissements et de diminuer l'exposition de tous ses occupants. Il persistera néanmoins des risques non négligeables pour les raisons citées précédemment (voir section fumoirs).

Les mêmes commentaires sont valables pour les établissements d'hébergement touristique. De plus, pourquoi allouer 40 % des chambres à des fumeurs alors que la prévalence du tabagisme est maintenant à 26 % et que le Québec a comme objectif d'atteindre une prévalence sous la barre des 20 % d'ici 2012 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003)? Il semblerait important de réduire ce nombre à 20 % et de prévoir la possibilité de réajuster cette norme en fonction de la baisse de prévalence qui sera observée au cours des prochaines années.

**Interdiction de fumer dans un rayon de neuf mètres**

Le projet de loi n° 112 prévoit l'interdiction de fumer dans un rayon de neuf mètres de toute porte menant à un établissement de santé et de services sociaux, à un établissement d'enseignement de niveau post secondaire, à un centre de la petite enfance ainsi qu'à un lieu où se déroulent des activités communautaires ou de loisirs destinées aux mineurs. Cette

interdiction s'appliquerait uniquement jusqu'à la limite du terrain sur lequel le lieu concerné est situé si ce rayon ou une partie de ce rayon de neuf mètres excède la dite limite.

Certaines études démontrent que la présence de plusieurs personnes qui fument près d'une porte d'un édifice peut générer une densité importante de contaminants, lesquels peuvent facilement entrer dans le bâtiment par une fenêtre ou une porte ouverte ou par un système de ventilation à proximité de la porte (California environmental protection agency, 2005). De plus, il peut sembler fort incohérent pour toute personne, qu'elle soit malade ou pas, d'avoir à traverser un nuage de fumée pour entrer dans un établissement de santé. C'est pourquoi nous soutenons cet article du projet de loi.

**Interdiction de fumer sur les terrains des écoles primaires et secondaires**

Au Québec, la loi actuelle interdit de fumer à l'intérieur des bâtiments des écoles mais n'impose aucune restriction concernant l'usage du tabac sur les terrains des écoles. Or, de plus en plus de recherches tendent à démontrer que les interdictions de fumer sur les terrains des écoles permettent de diminuer substantiellement le temps et les opportunités sociales que les élèves ont pour s'initier à la cigarette. (Hill, 1991; Moore, 2001). De plus, comme les professeurs sont des modèles importants pour les élèves, le fait de ne pas les voir fumer dans la cour d'école permettrait de ne pas encourager le tabagisme chez les jeunes (Kumar, 2001; Poulsen, 2002; Trinidad, 2004). Une étude de cinq ans menée auprès de 800 élèves québécois démontre effectivement que d'observer le professeur fumer près de l'école est un facteur de risque pour l'initiation à la cigarette ainsi que pour le maintien du tabagisme (O'Loughlin J, article en rédaction).

C'est pourquoi l'INSPQ recommandait dans son mémoire de février 2005 :

- que toutes les écoles primaires et secondaires du Québec soient tenues d'appliquer une politique sans fumée sur les terrains extérieurs,
- de ne pas introduire dans la loi une distinction entre les niveaux primaire et secondaire,
- que les écoles ne prévoient aucune aire désignée pour fumer sur leurs terrains,
- de prévoir une certaine période de temps avant la mise en application de la nouvelle loi.

De plus, il était suggéré de sensibiliser tous les milieux par différentes activités scolaires, de publiciser la réglementation pour minimiser les problèmes de mise en application et d'impliquer tous les acteurs concernés, notamment les directions d'écoles, les professeurs et les élèves.

Il est important de réaliser que la très grande majorité des fumeurs sont dépendants du tabac, les professeurs et les employés fumeurs des écoles ne faisant pas exception. Il sera donc essentiel de mettre en place, lors de l'application de l'interdiction de fumer dans la zone scolaire, des interventions qui permettront de soutenir les fumeurs qui auront décidé de renoncer au tabac. Pour ceux qui n'auraient pas pris cette décision, il faudra identifier avec eux des solutions leur permettant de minimiser les symptômes de sevrage qui risquent fort

d'être présents durant les journées de travail. Ces actions pourront également rejoindre les jeunes fumeurs qui éprouveraient déjà des symptômes de dépendance au tabac.

Il faudra aussi que les responsables des écoles identifient des actions pour éviter que les jeunes quittent le terrain de l'école et se retrouvent ainsi dans des situations où leur sécurité pourrait être compromise. En Ontario, la Loi sur la réglementation de l'usage du tabac, interdit de fumer du tabac dans les écoles et sur les terrains des écoles depuis 1994. Une des conclusions d'une étude menée un an après la mise en application de la loi fut que les écoles qui avaient déjà une politique de cours d'école sans fumée avant l'entrée en vigueur de la loi ontarienne rapportaient beaucoup moins de difficultés d'application de la loi (Ashley, 1998). Ceci suggère qu'avec le temps les écoles développent leur propre façon de gérer les problèmes qui résultent de l'interdiction de fumer sur leur terrain.

L'INSPQ approuve tout à fait l'interdiction de fumer sur les terrains des écoles primaires et secondaires de même que le temps laissé au milieu scolaire (septembre 2006 pour la mise en application) pour mettre en place des activités qui permettront de faciliter l'application de cette interdiction de fumer sur les terrains des écoles.

## 3.2 VENTE DE TABAC

**Réduction du nombre de points de vente**

Il existe environ 20 000 points de vente de tabac au Québec dont environ 5 000 seraient des emplacements d'appareil distributeur. On retrouve des points de vente dans les dépanneurs, épiceries, bars, garages, postes d'essence, cantines mobiles, etc. En France, il y a 34 000 points de vente pour une population huit fois plus nombreuse qu'au Québec. Ainsi, le ratio points de vente / population est de cinq pour un si on compare le Québec à la France.

L'INSPQ recommandait dans son mémoire de février de réduire le nombre de points de vente du tabac au Québec et de mieux réglementer le réseau de distribution du tabac étant donné que :

- la présence envahissante des produits du tabac chez un très grand nombre de détaillants est incompatible avec son caractère nocif pour la santé,
- l'accès facile et fréquent incite à surestimer la prévalence de l'usage du tabac, un des déterminants importants du tabagisme chez les jeunes (Choi, 2002),
- selon l'Organisation panaméricaine de la Santé, le fait de réduire le nombre de points de vente des produits du tabac facilite l'application de diverses mesures pour la santé (Pan America health organization, 2002).

Ainsi, nous sommes entièrement d'accord avec le projet de loi n° 112 qui définit un point de vente de tabac comme un lieu fixe et fermé et qui interdirait toute vente par appareil distributeur. De plus, dans un esprit de cohérence avec les autres articles de la loi, nous appuyons l'interdiction d'exploiter des points de vente dans des lieux comme les cégeps,

universités, dans des lieux où se déroulent des activités sportives, culturelles et artistiques et dans des lieux où il est interdit de fumer comme les bars ou les brasseries.

De plus, nous appuyons l'accroissement de la sévérité des sanctions pénales en cas de vente de tabac aux mineurs et le fait que, dès une première infraction, le permis de vente soit suspendu pour une période d'un mois. Ces mesures devraient favoriser une meilleure application de l'interdiction de vente de tabac aux jeunes.

**Étalage des produits du tabac dans les points de vente**

L'INSPQ recommandait en février 2005 qu'aucun produit du tabac ne soit visible dans quelque point de vente que ce soit et nous encourageons très fortement le gouvernement à considérer un amendement en ce sens. Bien qu'il ait été prévu dans la Loi sur le tabac adoptée en 1998 que le gouvernement peut, par règlement, instaurer des normes sur l'étalage dans les points de vente du tabac, aucun règlement n'a malheureusement été adopté depuis.

Plusieurs arguments militent en faveur d'une interdiction de l'étalage des produits du tabac dans les points de vente :

- l'industrie du tabac a augmenté depuis quelques années la proportion de ses budgets de promotion dans les points de vente. À titre d'exemple, aux États-Unis, en 2001, 85 % des sommes d'argent dévolues à la promotion l'ont été chez les détaillants comparativement à 48 % en 1997 (Wakefield, 2000, Dewhirst, 2004). Au Canada, les investissements de promotion aux points de vente augmentent également, 90 millions de dollars ayant été consacrés dans ces lieux en 2003-2004 (Physicians for a smoke-free Canada, 2005),
- or, la promotion des produits du tabac, notamment dans les points de vente, est associée à l'initiation au tabagisme chez les adolescents (Henricksen, 2004),
- elle peut ébranler la motivation des ex-fumeurs et des fumeurs qui tentent de cesser de fumer (Feighery, 2001) et stimuler l'achat spontané, ou de dernière minute, chez de nombreux clients fumeurs (Tilson, 2004),
- de plus, l'exposition massive des cigarettes dans les points de vente transmet l'impression que le tabagisme est plus répandu qu'il ne l'est en réalité,
- la présence de produits du tabac exposés à côté des friandises, reflète une image faussement bénigne, très loin de son caractère nocif.

C'est pourquoi plusieurs pays ont édicté des mesures pour interdire les étalages des produits du tabac dans les commerces. Plus près de nous, la Saskatchewan a interdit depuis 2002 l'exposition des produits du tabac aux points de vente accessibles aux mineurs. Quelques mois après la mise en application de cette interdiction, on a relevé un taux de conformité très élevé, et aucune fermeture de magasins n'a été notée, ni de congédiement d'employés (Tilson, 2004).

Nous encourageons donc très fortement le gouvernement à inclure une telle mesure dans un projet de loi qui vise à débanaliser, dénormaliser et réduire l'usage du tabac.

## 3.3 PROMOTION ET PUBLICITÉ

Le projet de loi n° 112 définit ce que constitue de la publicité indirecte en faveur du tabac et l'INSPQ estime que c'est un ajout important qui restreint les possibilités de promouvoir les produits du tabac. Cette précision devrait permettre d'empêcher la publicité qui tente d'associer à un produit du tabac, un nom, un logo, un dessin, une image, un slogan, un signe distinctif non associé directement à une marque d'un produit du tabac.

# 4 CONCLUSION

Le projet de loi n° 112 représente une avancée significative pour le contrôle du tabac au Québec. Nous croyons que l'instauration de mesures visant à protéger l'ensemble des travailleurs québécois est une mesure juste et équitable. La population qui fréquente les lieux publics concernés se trouve également protégée. De même, la réduction du nombre de points de vente et la définition de ce que constitue de la promotion indirecte des produits du tabac permettront sans aucun doute de poursuivre le changement des normes sociales entourant ce produit létal, mouvement amorcé il y a déjà quelques années.

Nous encourageons toutefois le gouvernement de revoir certains points de son projet de loi à savoir :

- l'élimination des fumoirs dans les milieux visés par la loi,
- reconsidérer l'article qui fait mention de 40 % de chambres allouées à des fumeurs dans des centres d'hébergement qui constituent un milieu de vie, pour permettre uniquement la mise en place de fumoirs avec ventilation indépendante et pression négative,
- reconsidérer l'article qui fait mention de 40 % de chambres allouées à des fumeurs dans des centres d'hébergement touristique pour réduire ce nombre à 20 %,
- inclure une mesure visant à interdire la promotion et l'étalage des produits du tabac dans les points de vente.

En terminant, nous remercions le ministre de la Santé et des Services sociaux de nous avoir offert la possibilité d'exprimer notre point de vue face à ce projet de loi qui contribuera définitivement à améliorer la santé de tous les Québécois et Québécoises.

# 5 RÉFÉRENCES

Ashley MJ, Northrup DA, Ferrence R. The Ontario ban on school property: issues and challenges in enforcement. Canadian Journal of Public Health 1998; 89 (4): 229-232.

Barnoya J, Glantz SA, Cardiovascular Effects of Secondhand Smoke. Nearly as Large as Smoking Circulation. 2005;111:2684-2698

Bauer JE, Hyland A, Li Q, Steger A, Cummings M. A longitudinal assessment of the impact of smoke-free worksite policies on tobacco use. American Journal of public health 2005; 95 (6): 1024-1029.

California environmental protection agency. Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant. Part B: Health effects. March 2005.

Dewhirst T. POP goes the power wall? Taking aim at tobacco promotional strategies utilised at retail. Tob. Control 2004; 13:209-210

Feighery EC, Ribisl KM, Schleicher N, Lee RE, Halvorson S. Cigarette advertising and promotional strategies in retail outlets: results of a statewide survey in California. Tobacco Control 2001; 10:184-188.

Glantz SA, Schick S. Implications of ASHARAE's Guidance On Ventilation for Smoking-Permitted Areas. ASHARAE Journal 2004; 54-49

Gouvernement du Québec. Règlement sur la santé et la sécurité du travail, S-2,r.19.01 (S.I.). Éditeur officiel du Québec, 2002.

Guérin D, Tremblay M, Mbuyi K, Jukic D et al. Révision de la loi sur le tabac. Mémoire présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux. Institut national de santé publique du Québec 2005.

Henricksen L, Feighery EC, Wang Y, Fortmann SP. Association of retail tobacco marketing with adolescent smoking. American Journal of Public health. 2004; 94(12): 2181-83.

Hill D, Borland R. Adults' accounts of onset of regular smoking: influences of school, work and other settings. Public Health Reports 1991; 106: 181-185.

Kumar R, O'Malley PM, Johnston LD. Relationship between school policies to prevent tobacco use and student's use and approval of cigarettes. AnnArbor, Michigan: University of Michigan. 2001. Se référer au site:
http:www.uic.edu/orgs/impacteen/generalarea_PDFs/SPR%20presentation_arunkumar.pdf

Makomaski Illing, EM, Kaiserman MJ. Mortality attributable to tobacco use in Canada an its regions, 1998. Revue canadienne de santé publique 2004 ; 95(1) : 38-44.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme national de santé publique du Québec 2003-2012. 2003.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Rapport sur la mise en œuvre de la loi sur le tabac. 2005.

Moore L, Roberts C, Tudor Smith C. School smoking policies and smoking prevalence among adolescents: multilevel analysis of cross-sectional data from Wales. Tobacco Control 2001; 10: 117-123.

Otsuka R, Watanabe H, Hirata K, Tokai K etal. Acute effects of passive smoking on the coronary circulation in healthy young adults. JAMA 2001; 286(4):

Pageau M, Choinière R, Ferland M, Sauvageau Y. Le portrait de santé : le Québec et ses régions. Institut national de santé publique du Québec 2001.

Pan America health organization. Developing legislation for tobacco control. Template and guidelines. May 2002.

Pechacek TF, Babb S. Commentary : how acute and reversible are the cardiovascular risks of second hand smoke ? British Medical Journal 2004; 328

Perron B, Loiselle J. Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire 2002. Rapport d'analyse, Québec, Institut de la statistique du Québec 2003.

Physicians for a smoke-free Canada. Tobacco company payments to retailers for cigarette promotions increase by 50%: Doctors call for an end to retail-promotion of cigarettes. News release. 2005.

Poulsen LH, Osle M, Roberts C, Due P, Damsgaard MT, Holstein B E. Exposure to teachers smoking and adolescent smoking behaviour: Analysis of cross sectional data from Denmark. Tobbaco Control 2002; 11 (3): 246-251.

Repace J. Respirable particles and carcinogens in the air of Delaware hospitality venues before and after a smoking ban. J Occup Environ Med. 2004; 46:887-905.

Repace J. Science of secondhand smoke. Présentation donnée à Montréal, Canada le 18 mai 2005.

Sargent RP, Shepard RM, Glantz SA. Reduced incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. British Medical Journal 2004; 328:977-980.

Siegel M, Skeer M. Exposure to second hand smoke and excess lung cancer mortality among workers in the 5 B's: bars, bowling alleys, billiard halls, betting establishments, and bingo parlours. Tobacco control 2003; 12(9); 333-338.

Statistique Canada. L'enquête sur la santé des collectivités canadiennes 2003. Gouvernement du Canada, Statistique Canada 2004.

Tilson M. Restrictions on the retail display of tobacco products. Policy analysis prepared for Smoke-free Nova Scotia. August 2004.

Trinidad DR, Gilpin EA, Pierce JP. Compliance and support of smoke-free school policies. Health Education Research. 2004.

Wakefield MA, Terry YM, Chaloupka FJ et al. Changes at the Point-of-Sale for tobacco following the 1999 tobacco billboard ban. July 2000. Research paper series, n° 4.

Wells AJ. Deaths in the United States from passive smoking ; ten-year update. Environment International 1999. 25(4):515-519.